

# Antrag auf Beihilfe

OFD Niedersachsen  
- LBV Hannover -  
Beihilfestelle  
30149 Hannover

Personalnummer/Aktenzeichen	Geburtsdatum
Name	Vorname

**Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Rückseite.**  
**Füllen Sie diesen Vordruck möglichst in Druckbuchstaben aus und denken Sie daran, den Antrag auf der Rückseite zu unterschreiben.**

**Zur schnelleren Bearbeitung geben Sie bitte an:**

Die Aufwendungen betragen ca.  EUR.

Es wird erstmalig Beihilfe beantragt (Bitte Ergänzungsblatt beifügen!).

Besuchen Sie die Seite der LBV der OFD im Internet unter [www.ofd.niedersachsen.de](http://www.ofd.niedersachsen.de). Hier finden Sie u.a. Antragsformulare, Merkblätter und aktuelle Informationen zur Beihilfe.

## 1. Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (Immer auszufüllen!)

Erhalten Sie oder eine andere Person, für die Sie Aufwendungen geltend machen, einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. von einem Rentenversicherungsträger oder Arbeitgeber)? Ja  Nein

Name	Vorname	monatl. Zuschuss	Nachweis liegt vor	Nachweis ist beigefügt
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Nur auszufüllen, wenn Aufwendungen für die Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. den Ehegatten/eingetr. Lebenspartner geltend gemacht werden (Nachweise werden ggf. gesondert von der Beihilfestelle angefordert!)

- a) Hatte Ihre Ehegattin/eingetr. Lebenspartnerin bzw. Ihr Ehegatte/eingetr. Lebenspartner im **vorletzten** Kalenderjahr Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 EStG oder vergleichbare ausländische Einkünfte) von über 18.000 EUR? Ja  Nein   
*Falls ja*
- b) Werden im **laufenden** Kalenderjahr Einkünfte über 18.000 EUR erzielt?

## 3. Besonderheiten einzelner Belege (Bitte nummerieren Sie **nur** die entsprechenden Belege!)

- a)  Folgende Aufwendungen sind **unfall-/verletzungsbedingt** Tag des Unfalls:  Beleg-Nr.:

Es handelt(e) sich um einen  Dienstunfall  Unfall im privaten Bereich  Schulunfall  
Drittverschulden liegt vor  Ja  Nein  noch nicht geklärt  
Die Unfallschilderung  liegt vor.  ist beigefügt.

Nur bei Dienstunfall oder Unfall mit Drittverschulden: Angabe Ihrer Personalstelle

- b)  Es **wurden** oder **werden** die Leistungen nach dem **Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen. Beleg-Nr.:
- c)  Es **wurden** oder **werden** die Leistungen einer **Auslandskranken-** bzw. **Rücktransportversicherung** in Anspruch genommen. Beleg-Nr.:
- d)  Die Behandlung erfolgte durch einen nahen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatten, eingetr. Lebenspartner/in, Kind oder Elternteil der behandelten Person). Beleg-Nr.:
- e)  Versicherungsleistungen sind ausgeschlossen. Beleg-Nr.:

#### 4. Pflegegeld / Vollstationäre Pflege

##### a) Pflegegeld

Hiermit versichere ich, dass die Pflege vom  bis  durchgeföhrt worden ist.  
im **zurückliegenden** Zeitraum

Es gab Unterbrechungen (Kurzzeitpflege, Krankenhaus usw.) während des o. g. Zeitraumes.

vom	bis	Grund
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hiermit beantrage ich, dass das Pflegegeld als **Abschlag für die nächsten 6 Monate** ab dem       gezahlt wird.  
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

##### b) Vollstationäre Pflege

Hiermit beantrage ich eine **Abschlagszahlung für die nächsten 6 Monate** ab dem       gezahlt wird.  
(Die Zahlung erfolgt automatisch zum Ersten des Monats.)

**Hinweis bei Abschlagszahlungen: Bitte reichen Sie die Rechnungen nach Ablauf des Abschlagszeitraumes mit einem Beihilfeantrag ein!**

#### 5. Wichtige Hinweise (Bitte unbedingt beachten!)

- Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Die vom Rechnungsaussteller gefertigten **Zweitschriften** der Belege sind ausreichend.
- Bitte sortieren Sie die Belege nach der entsprechenden Person (Antragsteller/in, Ehegattin/Ehegatte, eingetr. Lebenspartner/in, Kinder).
- Rezepte für **rabattfähige Arzneimittel** werden nicht zurückgesandt.
- Bei **Heil- und Hilfsmitteln** ist die **vorherige schriftliche Verordnung** des Arztes beizufügen.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn zwischen dem **Rechnungs- bzw. Kaufdatum** und dem Antragseingang **nicht mehr als ein Jahr** liegt.
- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen **100 EUR** übersteigen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstände.
- Wenn Sie den Antrag mit der **Deutschen Post** oder einem anderen Anbieter zusenden, **frankieren** Sie diesen Brief bitte **ausreichend**. Nicht bzw. nicht ausreichend frankierte Postsendungen werden nicht angenommen.

Ich versichere die **Vollständigkeit und Richtigkeit** meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind und dass ich **nachträgliche Erstattungen** und **Ermäßigungen** von Dritten sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

**Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe (auch von keiner anderen Person und auch bei keiner anderen Beihilfestelle) beantragt.**

#### Bei Antragstellung durch Bevollmächtigte/n oder Betreuer/in

Name  Vorname

Vollmacht bzw. Betreuungsverfügung liegt vor bzw. ist beigelegt.

#### Zahlweg bei Bevollmächtigung oder Betreuung

Die Erstattung dieses Antrages ist auf folgendes Konto zu überweisen:

Konto der/des Bevollmächtigten  Konto der Betreuerin/des Betreuers

Name  Vorname

Datum

Unterschrift